TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr RENOU

(DE SAUMUR)

ANGERS

LACHÈSE & Cie, Imprimeurs-Libraires

4, Chaussée Saint-Pierre, 4

—

1896

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

D[r] RENOU

(DE SAUMUR)

ANGERS

LACHÈSE & C[ie], Imprimeurs-Libraires

4, Chaussée Saint-Pierre, 4

1896

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Interne des hôpitaux d'Angers, 1868.
Lauréat de l'École de Médecine d'Angers :
Prix — 1868.
Prix — 1869.
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Saumur, 1876.
Lauréat de l'Académie de Médecine, 1888
(Prix Saint-Paul).

Des concrétions fibrineuses des bronches dans la pneumonie

Thèse inaugurale, Paris. — 1872

Résumé des travaux sur ce sujet, de Gubler président de la thèse, et de recherches personnelles faites à Angers dans le service du Dr Farge. Démonstration qu'il s'agit de produits hémorragiques, donnant à certaines formes de pneumonie une séméiologie particulière.

Observation d'expectoration albumineuse d'abondance extrême, survenant par accès, en dehors de toute pleurésie.

Gazette des hôpitaux. — 1874

Fait curieux dont la pathogénie est incertaine. Cette sécrétion excessive est-elle d'origine nerveuse ou circulatoire ? Le malade n'avait pas de lésion apparente du cœur ou des vaisseaux, pas d'albuminerie.

Observation de syphilis viscérale, accidents remarquables au cœur et au foie

Bulletin de la Société de Médecine de Tours. — 1877

Intoxication saturnine par les pompes ordinaires. — Expertise médico-légale

Bulletin de la Société de Médecine d'Angers. — 1879

Une pompe, installée suivant les règles habituelles, avait mis, par intoxication saturnine, dans le cas le plus grave, un Monsieur et sa domestique. Il fut démontré que l'eau du puits se trouvant bicarbonatée et, d'autre part, la pompe ne servant que d'une façon intermittente, il se formait du carbonate de plomb en quantité considérable. Mais, de plus, il fut démontré que l'alliage de plomb et étain du commerce, pour la soudure et l'étamage, contient une quantité de plomb irrégulière et en tout cas excessive, que, par ailleurs, cuivre, plomb et étain font une sorte de pile électrique. Pour peu que l'eau de la couche souterraine dans laquelle fonctionne la pompe forme une solution saline quelconque, ce qui arrive souvent, la décomposition du plomb se fait, puissamment aidée par l'action électrique et les arrêts du fonctionnement de la pompe; l'eau puisée se charge de sels de plomb. Il y a probablement là une cause d'intoxication saturnine assez fréquente et qui n'avait jamais été signalée ni expliquée.

Observation d'embolies pulmonaires répétées et considérables. — Phegmatia. — Guérison.

Bulletin de la Société de Médecine d'Angers. — 1882

Récit d'un petit drame pathologique mouvementé où les accidents les plus graves ont amené la mise en œuvre des ressources thérapeutiques les plus variées, jusqu'à la respiration artificielle qui dut être pratiquée longtemps. Cette observation est suivie de recherches cliniques desquelles il résulte que la cause des embolies post-puerpérales gît moins dans un certain degré d'infection que dans les modifications du sang, de la fibrine, déterminées par l'hémorragie qui a accompagné la couche. Sont à embolies possibles les couches hémorragiques. Parer à l'hémorragie est parer aux éventualités de l'embolie et, quand celle-ci n'a pu être évitée, un repos prolongé et une hygiène spéciale devront chercher l'abri contre ce redoutable accident.

Note sur une application de la méthode antiseptique à l'angine couenneuse et au croup.

Bulletin de la Société de Médecine d'Angers. — 1883

C'est le point de départ de mes travaux sur la diphtérie auxquels donna lieu une épidémie grave qui évolua des environs de Saumur à Saumur et

dura une dizaine d'années. Cette méthode de traitement, qui garda le nom de l'auteur, consiste en ceci :

1° Ménager le malade ; c'est un infecté, un déprimé. L'alimenter aussi fortement que possible, exciter sa vitalité par les toniques ordinaires, lui donner la quinine comme antiseptique du sang. Par le même motif se défier surtout pour l'enfant des luttes et des douleurs souvent inutiles, souvent dangereuses, des cautérisations de quelque nature qu'elles soient.

2° Placer le malade dans une buée de vapeurs phéniquées, dégagées par l'ébullition constante d'une solution d'acide phénique entretenue près de son lit. Ces vapeurs, maintenues par le va-et-vient de la respiration en contact permanent avec la fausse membrane, constitueraient pour celle-ci un topique suffisant. — De plus, l'absorption pulmonaire imprégnant l'organisme tout entier, il y aurait une stérilisation de cet organisme en général.

Dose moyenne d'acide phénique : un gramme par mètre cube d'air de la chambre et par vingt-quatre heures. Température moyenne de la chambre : **20 à 22°**, pour élever le degré hygrométrique de l'air. Surveiller attentivement les urines, diminuer au premier signe d'intoxication phéniquée. Le croup est opéré, puis soigné de la même façon dans cette atmosphère. C'est un diphtérique avec le traumatisme en plus.

L'auteur nota que ses résultats et ceux de ses confrères dans la même région, au cours de la

même épidémie, furent dès l'introduction de cette méthode de traitement absolument modifiés. Il eut, pour le croup opéré, une série de vingt-deux guérisons pour trente-quatre trachéotomies, — D'Angers, de Nantes (Drs Bonnamy, Couettoux), de Jonzac (Dr Barbot), d'Orléans, surtout, furent publiés des résultats heureux de cette méthode. — A Orléans, surtout, le Dr Geffrier étudia ce traitement sur un grand nombre de cas, et une thèse de son interne, le Dr Paterne (Paris, 1888) : *Les vaporisations phéniquées dans le croup et la diphtérie*, donna sa statistique encourageante et de nombreuses observations.

Les communications qui suivent chronologiquement ont pour but l'exposé de cette nouvelle méthode de traitement, la réponse à des objections, l'apport de faits nouveaux.

1884. — *Gazette des Hôpitaux*, p. 131-1074-1122.

1885. — *Bulletin de la Société de Médecine d'Angers.*

1885. — *Gazette des Hôpitaux*. Croup, méthode antiseptique.

1886. — *Gazette des Hôpitaux*. Traitement de la diphtérie.

1886. — *Bulletin de la Société de Médecine d'Angers.*

La principale objection : l'empoisonnement par l'acide phénique, soutenue surtout par M. J. Simon, tombe devant les expériences multipliées de la tolérance au contraire extraordinaire, des enfants pour ce mode d'emploi de l'acide phénique. L'air devient pour eux plus vite *caustique* que *toxique*. Il faut excepter les cas où le rein fonctionne mal, où

l'urine est albumineuse, comme lorsque la scarlatine est venue compliquer la diphtérie, ou réciproquement.

De la médiastinite consécutive à la trachéotomie

Gazette hebdomadaire. — 1884

Travail original, sur un sujet peu exploré, qui établit deux formes de désordres du médiastin consécutifs à la trachéotomie. L'une est déterminée par des fusées inflammatoires, de la lymphangite produisant des pleurésies médiastines et pariétales, des adénites rétro-sternales comprimant la trachée et les bronches, des collections purulentes du médiastin, de la péricardite. L'autre est un décollement des mailles cellulaires du médiastin : emphysème intra-thoracique, aspiration par la plaie, rupture de la fonction pulmonaire, dyspnée très particulière. La conclusion est toute dans les conditions de l'intervention chirurgicale en vue d'éviter ces accidents : précautions antiseptiques, incision aussi petite et aussi haute que possible, rapidement faite ; rejet absolu de l'opération de Trousseau (grande incision, basse, lente, au plus épais du tissu cellulaire prétrachéal communiquant immédiatement avec le médiastin). Ce travail a été plusieurs fois cité à l'appui des méthodes actuelles de trachéotomie : procédé du Dr de St-Germain, procédé sous-cricoïdien.

Un cas de paralysie pseudo-hypertrophique ou scléro. — Myose considérable

Bulletin de la Société de Médecine d'Angers. — 1887

Le point intéressant de cette très rare observation n'est pas dans la contradiction en apparence paradoxale entre ces jambes colossales, bien que nullement œdémateuses ou éléphantiasiques, et la paraplégie. Non plus dans la constatation des bras d'athlète, à peine assez forts pour soutenir et diriger vers la bouche un verre d'eau.

L'intérêt gît surtout dans la marche de la maladie, laquelle, commencée dès la première enfance, comme c'est la règle, a évolué avec une telle lenteur qu'elle a permis au malade de ne s'arrêter qu'à trente-et-un ans, de vivre jusqu'à quarante-trois ans et de succomber, non à cette forme bizarre de paralysie, mais à une grippe infectieuse. Entre temps, de se marier, de faire souche en la personne d'une fille très saine et très vigoureuse, sans tare héréditaire actuellement constatable ; elle a douze ans. — Jusqu'à trente-et-un ans, cet homme, refusé à vingt ans au conseil de révision (pour hypertrophie énorme des mollets), a pu vaquer à ses occupations de propriétaire rural, aller à la chasse. A trente-et-un ans, une fracture de jambe, la seconde de la même jambe, trop facilement produite pour que les troubles nutritifs ne soient pas en cause, le fixe définitivement dans la paraplégie, limitée aux nerfs moteurs. Ses muscles du tronc, des bras et avant-bras, du cou, des tem-

poraux et masseters, continuent à se scléroser en se paralysant, et il arrive, avec un peu de lipomatose, aux formes étonnantes que les photographies ci-jointes reproduisent. Nous ne connaissons pas d'observations analogues.

La Diphtérie, son traitement antiseptique

Un volume, Doin, éditeur. — 1888

Études cliniques, précédées d'une préface du professeur Grancher

Travail couronné par l'Académie (Prix Saint-Paul, 1889)

Pourquoi ce livre ? Parce que l'auteur, au cours d'une épidémie qui dura, à Saumur et aux environs, plusieurs années, ayant recueilli une moisson de faits et d'observations concernant la pathologie et la thérapeutique de la diphtérie, a cru utile de les faire connaître. C'est le vrai mérite de ce travail laborieusement éclos dans l'isolement de la province, comme l'est celui des travaux dont l'analyse précède et suivra.

Et c'est parce que l'auteur a observé la diphtérie *épidémique*, qu'il a conclu trop absolument à une maladie infectieuse *primitivement* générale. La diphtérie épidémique, en effet, ne ressemble ni à la diphtérie endémique ni à la diphtérie de laboratoire. L'infection est si vite généralisée que les cas sont nombreux où la fausse membrane n'a pas le temps de se développer. Le fût-elle, elle paraît si peu de chose auprès des autres symptômes qu'il est cliniquement impossible de lui accorder aucune

valeur. L'épidémie ne donne pas seulement les diphtéries *frustes*, c'est-à-dire sans lien avec un point de départ invisible, elle donne les diphtéries *interverties*, celles que Boissraie a observées dans une épidémie dont il a lui-même été atteint, diphtéries qui commencent par la paralysie et l'albuminurie et continuent par la fausse membrane.

D'où il est évident que le laboratoire n'a fait qu'une partie de son œuvre d'interprétation quand il a découvert le microbe, précisé ses conditions d'introduction dans l'économie. A rapprocher les récentes constatations de M. Strauss sur le bacille de la tuberculose trouvé sur les pituitaires de dix-huit sur vingt des élèves de son service. Il reste à déterminer les conditions de la virulence plus ou moins exaltée, et ce qui fait que le terrain, c'est-à-dire les liquides organiques, deviennent par moment des « constitutions épidémiques », comme disaient les anciens, s'ouvrant si facilement, et d'une façon si intensive aux germes, que ce soit celui de Loeffler ou celui d'Eberth, le *bacterium coli*, le streptocope et le pneumocoque.

L'année qui suivit la publication de cet ouvrage mit en lumière les découvertes de MM. Roux et Yersin, sur le bacille de Loeffler, et redonna à la genèse de l'infection diphtérique la direction tout d'abord ouverte par Bretonneau. En sorte que l'étude si documentée où l'auteur, discutant la nature de la diphtérie, conclut avec Archambault, Cadet de Gassicourt et beaucoup d'autres, à sa généralisation primitive, devrait, avec les démonstrations nouvelles, (sauf pour tout ce qui regarde

l'étude du terrain de culture, l'organisme infecté), conclure comme le faisait M. le professeur Grancher dans la préface : « Il en est de la diphtérie ainsi que de la tuberculose, elle peut être et rester locale, infecter plus ou moins vite l'organisme, si vite parfois que c'est un effondrement. » J'ai fait ensuite l'histoire de l'épidémie de diphtérie que j'ai observée, au point de vue de la pathogénie, de la contagion, de la physionomie pathologique de cette maladie, notant au passage les cas les plus curieux ou les plus concluants.

Elle a duré, prenant successivement village à village, une dizaine d'années, *dans le sens du mouvement de la population*, laissant ici et là des immunités inexplicables. Une observation d'ensemble m'a permis de tracer sur la carte deux zones, de forme différente, correspondant évidemment à une atténuation de virulence :

L'une exclusivement toxique ou « *noire* » par analogie avec la variole, dans laquelle le croup est presque introuvable. L'autre, à fausses membranes étalées, « *blanche* », asphyxique, où le croup est très commun et l'infection peu accentuée.

Le tableau clinique fait de la diphtérie n'a de personnel que la forme et quelques considérations nouvelles sur le germe et sur le terrain.

Faut-il faire passer, comme je le propose, de l'épidémiologie à la clinique les deux formes : diphtérie toxique, diphtérie blanche ou asphyxique ? ou garder les divisions de forme : toxique, grave, bénigne, généralement employées ? Il n'y a grand intérêt à aucune de ces divisions, la diph-

térie est toujours grave et toxique, et si bénigne qu'elle soit, peut si facilement et si vite le devenir! C'est une question de plus ou moins sur le même fonds infectieux.

Plus exacte est la dénomination de diphtérie locale et diphtérie infectieuse.

La *diphtérie à forme prolongée* semble un type de diphtérie locale, en supposant que son étude microbiologique, qui reste à faire, l'attribue au bacille de Loeffler, lequel n'est qu'un des germes susceptibles de produire la fausse membrane.

Le traitement de la diphtérie forme la partie de ce livre la plus originale, la mieux discutée, la plus approfondie. L'état moral des médecins vis-à-vis de cette maladie, les illusions thérapeutiques et leurs causes, nées de la nature protéiforme des manifestations, des degrés de virulence et d'infection; la nécessité de sortir de l'empirisme et de la fantaisie, pour arriver enfin à une lutte raisonnée contre les deux éléments de cette lutte; la cause infectante, l'organisme infecté, sont nettement mis en relief. A la résistance vitale, j'adresse : les toniques ordinaires, parmi lesquels, en première ligne, la quinine, « le seul médicament antiseptique que nous ayons », a dit M. Joffroy, le quinquina, le vin généreux et l'alimentation dans la mesure des forces digestives. J'ai grande cure de l'état moral, dont je trouve qu'on ne tient pas, le plus souvent, assez compte. Je m'élève fortement contre les abus et les fréquences des cautérisations, badigeonnages, irrigations qui troublent le calme du malade, rendent douloureuse la déglutition, dé-

terminent, surtout chez l'enfant, une lutte où il dépense ses nerfs et ses forces. Toutes idées que M. Roux a remis en honneur.

Comme traitement spécial, j'ai espéré trouver dans les vaporisations phéniquées (l'acide phénique étant démontré un des meilleurs neutralisants du bacille de Loeffler), un traitement local de la fausse membrane, et une imprégnation par absorption pulmonaire de l'organisme entier.

A l'heure actuelle, du reste, on revient aux objections que j'avais formulées contre les destructeurs de fausses membranes par les caustiques quels qu'ils soient. Elles sont les deux suivantes : pensez à ce qu'il faut de patience et de temps pour détruire le tricophyton de la tondante et l'achorion du favus et voyez avec quelle facilité et quelle promptitude se reproduit la fausse membrane que vous avez détruite.

Vous ne pouvez cautériser sans léser l'épithélium voisin et créer au germe, démontré aujourd'hui être semé dans la bouche, de nouvelles portes d'introduction.

Aussi, le dernier mot du traitement local est-il aujourd'hui dans la stérilisation, non la destruction de la fausse membrane avec les attouchements au sublimé de MM. Sevestre et Moizard, pratiqués deux ou trois fois par jour, pas mieux que ce que nous avons réalisé avec les vapeurs phéniquées.

Le croup a été, de la part de l'auteur, l'objet de recherches importantes, qu'il a continuées dans la suite. Comment se fait l'obstruction du larynx : par la fausse membrane, comme on l'admet générale-

ment? Non. Sur dix larynx d'enfants morts du croup, qu'il a pu enlever et examiner dans les quelques heures qui ont suivi la mort, il n'a trouvé que trois fois la fausse membrane, encore était-elle petite, tenue, et non obstruante.

D'autre part, la diphtérie n'est pas seule à donner le croup, et la laryngite striduleuse échoue souvent à la trachéotomie. L'obstruction vient-elle d'un œdème, comme le pensait Trousseau ? L'obstruction du larynx viendrait de trois facteurs : la petitesse du larynx, question d'âge, puis, ensemble ou séparément, deux autres facteurs : l'œdème, diphtérique ou non, et surtout le spasme du sphincter glottique, phénomène reflexe expliquant l'accès par spasme clonique, et le tirage par contraction tonique.

Le diagnostic du croup s'impose, mais il reste, surtout au point de vue de l'intervention, à préciser. J'ai fait remarquer avec raison que les statistiques des hôpitaux, faites en vue de la guérison spontanée du croup, donnent une moyenne de presque la moitié des cas observés, mais que ces cas de guérison n'ayant été *que jusqu'à la troisième période*, ou période de tirage permanent sus et sous-sternal, l'intervention ne s'impose qu'à cette période. Sont importants à bien distinguer le tirage et le cornage.

En sorte que la grosse question des indications de l'intervention est nettement posée, il faut attendre le tirage permanent, à moins que la violence et la répétition des accès ne mettent la vie de l'enfant en danger prochain. Dans ce dernier cas,

l'inspiration est toujours plus difficile, il y a œdème des replis.

Il n'y a jamais de contre-indication venant de l'état du malade. Toute complication, toute intoxication a permis la survie, l'intervention de sauvetage est aussi bien due au malade que la ligature d'une artère.

La technique de la trachéotomie, les accidents, les soins consécutifs, n'offrent à signaler que deux points spécialement étudiés : l'ulcération de la trachée par le bec de la canule contre laquelle j'ai proposé une canule spéciale susceptible, en se raccourcissant, d'éviter la pression au même point. Je regrette la trop grande courbure des canules ordinaires, faites pour la trachéotomie inférieure, celle de Trousseau. La médiastinite est souvent produite par elles.

La trachéotomie ou le tubage, ne parant qu'à l'accident de la diphtérie, reste le diphtérique avec un traumatisme en plus. Nous retrouvons à cet endroit, avec ce que le croup leur donne de particulier, les données de thérapeutique développées à l'endroit de la diphtérie en général.

Un grand nombre d'observations prises dans la pratique de l'auteur et dans les publications de médecins qui ont suivi son exemple, particulièrement la thèse du docteur Paterne, viennent à l'appui.

L'ouvrage se termine par un résumé des notions acquises sur la prophylaxie et la désinfection des maladies contagieuses et de la diphtérie tout particulièrement.

Note relative à la contagion de l'érysipèle

Revue générale de Clinique et Thérapeutique. — 1888.

Observation assez curieuse d'une femme qui, ayant à soigner son mari, atteint d'un érysipèle du bras et ayant elle-même un prolapsus utérin contre lequel elle se servait d'un pessaire à air de Gariel, introduisit dans son vagin des streptocopes provenant de l'érysipèle de son mari et succomba en quelques jours à une péritonite.

Considérations pratiques sur un cas de hernie crurale étranglée et sphacelée. — Anus contre nature, opéré et guéri.

Bulletin de la Société de Médecine d'Angers. — 1889.

Intéressante par elle-même, cette observation a surtout pour but la discussion du point de pratique suivant : le chirurgien se trouvant en présence d'une hernie crurale où l'anse intestinale est sphacelée, dans de telles proportions que la suture de la plaque nécrosée est impossible (à moins d'une resection et d'une suture totale qui n'est pas de pratique ordinaire), établit l'anus contre nature. Or, l'ouverture de l'intestin dans la hernie crurale étranglée n'établit pas spontanément cet anus, l'intestin restant serré au collet du sac. Doit-il débrider? Non, d'après la pratique enseignée.

Il introduit le doigt dans l'intestin à travers le collet, puis une sonde n° 18 ou 20 de Charrière, et

s'assure de son fonctionnement, l'intestin étant préalablement fixé à la plaie (Gosselin, Duplay).

L'auteur démontre que le débridement est indispensable 1° parce qu'on ne lève pas en le négligeant la constriction intestinale, cause des accidents généraux ; 2° parce qu'on augmente au contraire cette constriction par la manœuvre du doigt et la présence de la sonde, dont le maintien d'ailleurs est très difficile ; 3° parce que le but de cette pratique est la conservation d'adhérences que les manœuvres au contraire compromettent.

Aussi, a-t-il débridé largement, puis suturé aux lèvres de le plaie, puis créé par l'entérotomie un *infundibulum*. Quelque temps après, l'intestin fut décollé, suturé et rentré. La malade guérit sans accidents.

De la dilatation forcée de la glotte dans le croup.

Bulletin de la Société de Médecine d'Angers et Gazette des hôpitaux et dans d'autres Revues. 1890-1891.

Quel est le mécanisme de l'obstruction de la glotte dans le croup ? Je reviens sur cette question déjà posée dans mon livre sur la diphtérie, je la discute, et en tire une conclusion pratique : la dilatation forcée de la glotte qui pourrait dans certains cas, remplacer, avec un traumatisme très amoindri, la trachéotomie et le tubage.

Ce n'est pas, c'est au moins *très rarement* la fausse membrane qui fait l'obstruction. Le même

fait avait déjà frappé Guersant dans ses recherches nécropsiques. La fausse membrane ne se trouverait au larynx que dans à peine un tiers des cas, encore dans ces cas serait-elle souvent petite, insuffisante à expliquer l'obstruction.

Est-ce l'œdème ? on le trouve surtout aux replis ary-épiglottiques, la muqueuse proprement laryngienne ne se prêtant pas beaucoup à une distension Mais lui aussi n'est pas constant. Des larynx d'enfants morts du croup depuis quelques heures adaptés à une soufflerie, montrent une perméabilité extraordinaire.

L'obstruction serait donc, au moins en un certain nombre de cas, un phénomène vital, musculaire et alors un tenesme du sphincter glottique, que la mort rompt en rendant au larynx sa perméabilité.

De fait, la chloroformisation fait *le plus souvent* disparaître le tirage chez un enfant qu'on anesthésie pour trachéotomie. De fait, encore, en supprimant le reflexe, la *diphtérie toxique n'amène presque jamais* le croup.

L'obstruction laryngienne, cause de l'asphyxie croupale, reconnaîtrait donc trois causes : 1° la petitesse du larynx chez l'enfant, et la sensibilité de son reflexe glottique. Il y a un âge pour le croup, très rare après dix ans. 2° Une contracture du sphincter laryngien comparable au tenesme anal de la dysenterie (Sanné). 3° Quelquefois un œdème ary-épiglottique, ou d'épaisses fausses membranes.

Moyen de diagnostic pour ces deux dernières causes ; l'examen digital des replis ary-épiglot-

tiques, et la chloroformisation. Celle-ci n'est pas supportée, et la trachéotomie ou le tubage sont urgents. Dans ces deux cas également l'inspiration est toujours plus tirante que l'expiration.

Mais pour les cas de tenesme glottique amélioré ou disparu sous le chloroforme, ne pourrait-on essayer la dilatation forcée comme pour l'anus fissural ?

J'avais à cette époque pratiqué deux fois cette opération au moyen d'une pince dilatatrice. Une première fois chez un enfant de dix-huit mois atteint de diphtérie bénigne avec croup, en tirage sus et sous-sternal. L'enfant guérit sans autre intervention, et resta simplement aphone pendant un mois, ce qui démontra bien la discission des muscles glottiques. Une seconde fois sans résultat, mais avec un œdème constaté des ary-épiglottiques. M. Constantin Paul a adopté cette vue thérapeutique, a fait construire chez Galante un dilatateur, et a publié dans le *Bulletin de la Société de thérapeutique* deux résultats favorables.

Il y a là une voie à explorer et ce serait grand service rendre que remplacer, ne fût-ce que pour certains cas, la désastreuse trachéotomie.

Croup et laryngite striduleuse — Diagnostic et traitement

Revue générale de clinique et de thérapeutique. — 1891

J'ai été amené à reproduire dans ce travail un assez grand nombre des données précédentes en

les appuyant d'observations cliniques, pour faire suite à une discussion sur le croup et la laryngite striduleuse soulevée dans cette revue. J'ai établi que les phénomènes laryngiens se trouvent présenter le même tableau et aboutir aux mêmes résultats asphyxiques et opératoires, qu'ils aient pour point de départ la diphtérie ou une inflammation d'autre nature. Sans compter que le croup d'emblée c'est-à-dire la diphtérie primitive du larynx, comme aussi de la trachée et des bronches ont été constatés. Par conséquent la cause s'efface devant les phénomènes, dont l'évolution est seule capitale.

Considération sur l'empyème

Bulletin de la Société de Médecine. — 1892.

Ceci au sujet d'une modification considérable observée dans les résultats de ma pratique par l'adoption du *modus faciendi* suivant :

1° Rejet absolu des ponctions successives, la purulence étant constatée par la première ;

2° *Emploi de l'anesthésie chloroformique* pour l'intervention. Elle est inoffensive ; la compression du cœur par l'épanchement n'est pas une contre-indication, cette compression peut être diminuée par une évacuation préalable partielle.

3° Large incision de l'espace intercostal au thermocautère dans le but d'éviter l'inoculation du pus et toute hémorragie.

4° Irrigation soigneuse de la cavité pleurale avec

une solution chaude de sublimé à 25 et 40 centigrammes pour 1000 jusqu'à retour du liquide injecté à l'état de transparence parfaite ;

5° Drainage à deux gros drains ne dépassant pas beaucoup l'épaisseur de la paroi.

6° Gaze iodoformée sur les drains et ouate hydrophile qu'on renouvelle simplement au fur et à mesure de l'imbibition. *Aucune injection* à moins qu'elle ne soit justifiée par l'odeur putride ou les qualités de l'écoulement.

Il n'y a pas de lieu d'élection pour l'ouverture de la paroi. La ligne de l'aisselle est seule à garder autant que possible.

A l'appui plusieurs cas très heureux.

Observation de somnambulisme spontané avec fascination

1893.

Cette observation longue et importante est publiée *in extenso* dans le livre récent de mon cher maître M. le Dr Mesnet : *Le somnambulisme provoqué et la fascination.*

Incident dans une Kélotomie. — Considérations pratiques

Bulletin de la Société de Médecine d'Angers (1er semestre 1894).

L'incident est celui-ci : que le collet de la hernie ayant été largement débridé, il restait impossible

de faire rentrer l'intestin et impossible de l'attirer au dehors. L'exploration fit constater que l'intestin était fixé au delà du collet, et étranglé par l'épiploon, lequel était à cheval sur l'anse intestinale herniée se séparant à son niveau en deux tresses, à extrémités engagées avec l'intestin dans le sac.

L'opérateur attira l'épiploon et l'anse intestinale lia cet épiploon par petits paquets au catgut, reséqua, dégagea l'intestin des adhérences, et rentra le tout, après une désinfection soigneuse. La guérison fut immédiate, sans aucun accident.

A propos du traitement ambulatoire des fractures de jambe

Revue générale de clinique et de thérapeutique. — 1895

Communication au Congrès de médecine de Bordeaux sur la dilatation forcée de la glotte dans le croup.

1895

Suite à des études précédemment indiquées. L'obstruction glottique qui produit le croup a deux causes, isolées ou confondues : le spasme et l'œdème. Peut-on, par une dilatation forcée, rompre la constriction du sphincter glottique ? Oui. — D'une façon définitive ? Oui. J'en ai publié des exemples. M. Constantin Paul en a publié. Le tubage remis en honneur aujourd'hui sur les conseils de M. Roux

afin d'éviter à l'infecté de diphtérie les dangers considérables du traumatisme de la trachéotomie, me fournit des arguments très sérieux. Le tube n'est autre chose qu'un dilatateur maintenu en place, et j'ai pu laisser dans le larynx pendant un temps assez long ma pince dilatatrice les branches écartées. Le larynx la supporte aussi bien que le tube, elle est d'introduction et d'ablation beaucoup plus simples. De plus, M. Variot a relaté toute une série de cas où le tube introduit et aussitôt rejeté avait suffi à supprimer les phénomènes asphyxiques du croup. Qu'avait fait le tube dans ce cas ? *Exactement ce que fait ma pince, il produit effet de dilatateur, rompt le spasme du sphinter laryngien.* Avec cette merveilleuse découverte du sérum antidiphtérique la thérapeutique de la diphtérie a plus que jamais cette loi de ménager l'organisme et d'attendre l'action du sérum. Combien de temps mettra le sérum à éloigner le péril du croup ? Qui permettra mieux de l'apprécier qu'une intervention non sanglante, facile, facilement intermittente, sur l'obstacle laryngien ? Et alors, pourquoi non une pince dilatatrice au lieu du tube ? soit que son action passagère suffise comme dans les cas que j'ai observés, comme dans ceux où le tube n'a fait que traverser le larynx à la façon d'un dilatateur, soit qu'il faille laisser la pince quelque temps, ainsi qu'on laisse le tube.

Les cas où la pince devra demeurer en place sont ceux-là mêmes où le tube devra y rester, ceux où le spasme glottique se complique d'œdème ary-épiglottique. Pour ces cas-là qui peuvent être, ainsi que je l'ai démontré, d'un diagnostic précis avant

même l'intervention, la dilatation forcée est nécessairement insuffisante.

Mes études sur le croup ont donc amené ce résultat, qui pénètre lentement dans les esprits, mais fait son chemin, 1° de préciser le mécanisme de l'obstruction laryngée, cause non exclusivement diphtérique des accidents. Ce n'est pas la fausse membrane ainsi qu'on le croyait généralement. C'est surtout un spasme compliqué d'œdème. 2° L'idée de spasme a fait admettre là, comme ailleurs, la possibilité de la dilatation forcée. On a vu que je l'ai réalisée. Il y a des cas où la dilatation forcée échoue et doit échouer parce qu'il y a œdème. Alors la dilatation doit être maintenue, la béance du larynx assurée, jusqu'à effet du sérum. Ce maintien peut s'obtenir par le tubage, mais s'il peut s'obtenir par une simple pince dilatatrice laissée à demeure, ôtée et remise pour les besoins de l'alimentation jusqu'à suppression des menaces d'asphyxie, c'est un progrès thérapeutique que je serais heureux d'avoir amené. Le champ restreint de mon expérimentation m'oblige à laisser développer cette idée par d'autres plus autorisés et mieux placés. Je tiendrai à honneur d'en avoir eu la première perception.

Angers, imprimerie Lachèse et Cie, 4, chaussée Saint-Pierre